

Zapotrzebowanie na leki przewlekle przyjmowane w SP ZOZ w Cekcynie

Imię i nazwisko:.....**data urodzenia/PESEL:** _ _ _ _ _

Nr telefonu komórkowego: _ _ _ _ _ Kody do recept są odsyłane drogą SMS na podany numer telefonu komórkowego w czasie do 7 dni roboczych, w razie braku powiadomienia SMS proszę zgłosić się do rejestracji SPZOZ

Oświadczam, że leki te są przyjmowane na stałe z powodu schorzeń przewlekłych. Mój stan zdrowia jest stabilny, w razie pogorszenia stanu zdrowia skontaktuję się z lekarzem. Oświadczam, że aktualnie nie przebywam w szpitalu, ani w innym zakładzie opieki zdrowotnej na leczeniu czy rehabilitacji.

	NAZWA I DAWKA LEKU NA OPAKOWANIU	Dawkowanie dienne	Na ile miesięcy (nie mniej niż 4 m-ce)
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			

Data, czytelny podpis pacjenta.....

✂ - - - - -

Zapotrzebowanie na leki przewlekle przyjmowane w SP ZOZ w Cekcynie

Imię i nazwisko:.....**data urodzenia/PESEL:** _ _ _ _ _

Nr telefonu komórkowego: _ _ _ _ _ Kody do recept są odsyłane drogą SMS na podany numer telefonu komórkowego w czasie do 7 dni roboczych, w razie braku powiadomienia SMS proszę zgłosić się do rejestracji SPZOZ

Oświadczam, że leki te są przyjmowane na stałe z powodu schorzeń przewlekłych. Mój stan zdrowia jest stabilny, w razie pogorszenia stanu zdrowia skontaktuję się z lekarzem. Oświadczam, że aktualnie nie przebywam w szpitalu, ani w innym zakładzie opieki zdrowotnej na leczeniu czy rehabilitacji.

	NAZWA I DAWKA LEKU NA OPAKOWANIU	Dawkowanie dienne	Na ile miesięcy (nie mniej niż 4 m-ce)
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			

Data, czytelny podpis pacjenta.....